Bodin

Des tumeurs fibreuses
péripelviennes chez la femme.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 6 *août* 1861,

Par Charles-Louis BODIN,

né à Limeray (Indre-et-Loire),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Interne en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux de Paris,
ex-Interne de l'hôpital de Tours.

DES

TUMEURS FIBREUSES PÉRIPELVIENNES CHEZ LA FEMME.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1861

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. le Baron P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacologie	REGNAULD.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	N. GUILLOT. MONNERET.
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS. GOSSELIN, Président.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER, Examinateur.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Professeur honoraire, M. CLOQUET. — *Secrétaire,* M. BOURBON.

Agrégés en exercice.

MM. AXENFELD.	MM. GUBLER.
BAILLON.	GUILLEMIN.
BARTH.	HÉRARD.
BLOT.	LASÈGUE.
BOUCHUT.	LECONTE.
BROCA.	PAJOT.
CHAUFFARD.	REVEIL.
DELPECH.	RICHARD.
DUCHAUSSOY, Examinateur.	SAPPEY.
EMPIS.	TARDIEU, Examinateur.
FANO.	TRÉLAT.
FOLLIN.	VERNEUIL.
FOUCHER.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE.

A MON FRÈRE.

A TOUTE MA FAMILLE.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE,

MARTIAL BARROIS,

ancien Recteur de l'Université.

Cher oncle, tu as veillé sur notre enfance avec la sollicitude d'un père, nous avons le souvenir encore plein des bontés sans nombre que tu as eues pour nous ; notre reconnaissance n'aura d'autre borne que le tombeau.

A M. LE Dr BASCHET,

Chirurgien de l'hôtel-Dieu de Blois,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Combien je suis heureux, Monsieur, en entrant dans la carrière, d'être guidé par vos lumières et votre longue expérience !

A M. HUGUIER,

Chirurgien de l'hôpital Beaujon,
Membre de l'Académie impériale de Médecine,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Cher maître, je vous remercie des savantes leçons que vous m'avez données, et de l'intérêt que vous n'avez cessé de me témoigner.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX PENDANT MON INTERNAT :

M. CHASSAIGNAC,

Chirurgien de l'hôpital Lariboisière ;

M. NONAT,

Médecin de l'hôpital de la Charité,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Témoignage de respect et de reconnaissance.

Je prie MM. Legroux, Richet, Malgaigne, Martin-Magron, d'agréer mes remercîments pour la bienveillance qu'ils m'ont toujours manifestée, et pour le savant enseignement dont ils m'ont fait profiter.

A MES PREMIERS MAITRES A L'HOPITAL DE TOURS :

MM. CHARCELLAY, CROZAT, HERPIN,

THOMAS.

L'élève reconnaissant et dévoué.

DES

TUMEURS FIBREUSES PÉRIPELVIENNES

CHEZ LA FEMME.

Les produits anatomo-pathologiques connus sous le nom de *tumeurs fibreuses* sont assez communs et se rencontrent dans un grand nombre de points de l'économie.

Dans son *Traité de physiologie pathologique,* M. Lebert dit que le tissu cellulaire sous-cutané et interstitiel des muscles, la substance même de ces derniers, le tissu cellulaire sous-muqueux des fosses nasales, l'orbite, peuvent être le siége de tumeurs fibreuses.

Le système nerveux, ses centres exceptés, contenant dans son névrilème une assez grande quantité de tissu cellulaire, peut aussi devenir le siége de ces productions. On les désigne sous le nom de *névrômes,* et ceux-ci se rencontrent aussi bien sur les branches nerveuses du système spinal que sur celles du grand sympathique.

Quelquefois aussi les tumeurs fibreuses se rencontrent au crâne; M. Senn (thèse de 1825) paraît en avoir vu un exemple.

Dans celle qui fut présentée à l'Académie de Médecine (*Archives générales de médecine,* t. XII), la tumeur offrait le volume d'un œuf, et elle occupait la base du crâne en arrière et à droite. Mais ces tumeurs ne se sont encore montrées qu'à la surface de la dure-mère, et peut-être les fongus de cette membrane ne sont-ils que des tumeurs fibreuses ramollies? Ne pourrait-on pas rapprocher de celles-ci, et comme ayant eu la même origine, les productions fibreuses obser-

vées par del Greco (*Archives gén. de méd.*, t. XXIII) dans la fente ptérygo-maxillaire, et par M. Rayer dans la fosse zygomatique?

On en trouve encore sur les os du squelette et principalement sur le maxillaire inférieur, quelquefois sur le maxillaire supérieur et aussi à la surface du calcanéum, comme MM. Huguier et Follin en ont rapporté des exemples cités dans les mémoires de la Société de chirurgie et de la Société de biologie.

En 1854, M. Maisonneuve présenta à la Société de chirurgie une de ces tumeurs qui prenait naissance aux apophyses transverses des vertèbres cervicales, et M. Lebert, dans sa *Physiologie pathologique*, décrit un cas analogue. C'est la partie antérieure et supérieure de la colonne vertébrale qui est le siége le plus ordinaire de ces tumeurs périphériques des os, et elles sont désignées sous le nom de *polypes naso-pharyngiens*.

Morgagni cite un cas de tumeur fibreuse développée dans le vagin.

Elles ne sont pas rares dans l'ovaire; M. Barth, en 1848, montra à la Société anatomique une tumeur de cette nature qui avait l'ovaire pour siége, et M. Cruveilhier en a rencontré plusieurs fois chez les vieilles femmes de la Salpêtrière.

On en voit, mais rarement, dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale; elles ont généralement la grosseur d'une noix ou d'une petite pomme, et peuvent quelquefois, suivant M. Depaul, apporter une difficulté dans l'accouchement.

Il est incontestable enfin que l'utérus est un de leurs points de prédilection; leur fréquence dans cet organe ne serait-elle pas due aux congestions périodiques et aux excitations de toutes sortes dont il est le siége? Mais ce qui est moins commun, ce sont des tumeurs fibreuses se développant dans le voisinage des os, entre les couches de la paroi abdominale ou même dans la cavité du bassin, et en rapport avec le squelette par un pédicule plus ou moins étendu. C'est de celles-ci dont je m'occuperai exclusivement dans ce travail.

Mon savant et excellent maître, M. Huguier, M. le professeur Gosselin, que je remercie ici des excellents conseils qu'il a eu la

bonté de me donner, présentèrent le 22 août, à la Société de chirurgie, deux malades du sexe féminin, chez lesquelles ils avaient observé des tumeurs semblables. Ils firent appel à l'expérience de leurs collègues afin de comparer les faits qu'ils avaient pu voir à ceux qu'ils avaient eu occasion de rencontrer. Alors M. Michon rapporta qu'il en avait observé trois exemples; dans l'un d'eux, la tumeur était située un peu au-dessus de la crête iliaque, elle fut enlevée et la malade guérit; l'autre, chez une jeune modiste qui ne voulut pas se résoudre à se faire opérer; dans le troisième, la malade fut opérée par M. Nélaton en sa présence. M. Verneuil apprit aussi qu'il avait eu l'occasion d'étudier une tumeur analogue chez une jeune femme de 25 ans; elle ne fut pas enlevée; elle avait la grosseur d'un œuf de dinde, siégeait dans la fosse iliaque gauche, proéminait en dehors autant qu'elle s'enfonçait en dedans dans l'abdomen, et avait pour point de départ l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. M. Chassaignac fit savoir encore qu'il opéra, il y a deux ans, une femme pour une tumeur analogue. En 1846, M. Huguier en voyait une à l'hôpital de Lourcine, mais elle était intra-pelvienne. Enfin, dans l'espace de quinze mois et dans son service à l'hôpital Beaujon, nous avons pu en observer cinq cas.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Siége et connexions avec les parties voisines.

En général, elles se rencontrent soit dans les parties molles qui ferment en avant la paroi abdominale, et dans le voisinage des os comme les côtes (obs. 4, 5, 6), et les os des iles au-dessus du ligament de Fallope, et dans le sens de la direction de ce ligament (obs. 1, 2, 3); soit dans la cavité même du bassin (cas cité). On dirait, sur le vivant, qu'elles sont liées à tous ces points par un pédicule plus ou moins long et arrondi, large et aplati.

Les tumeurs fibreuses intra-pelviennes sont moins fréquentes, du moins cela résulte des faits que nous possédons. Celle dont M. Huguier rapporte l'exemple semblait adhérer au voisinage de l'articulation sacro-iliaque gauche. Faut-il rapprocher de ce fait les tumeurs fibreuses développées dans le bassin, comme celles que l'on trouve quelquefois dans le cul-de-sac recto-vaginal ? Bien qu'elles soient constituées par les mêmes éléments anatomiques, nous en ferons une classe séparée si elles se développent dans l'intérieur du péritoine, ne réservant le nom de tumeurs intra-pelviennes qu'à celles qui siégent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Les tumeurs fibreuses extra-pelviennes, plus nombreuses, peuvent occuper deux points de la paroi abdominale.

Ou bien elles se développent autour du bassin, ce sont les extra-pelviennes proprement dites; ou bien elles se développent dans la zone supérieure de l'abdomen, au voisinage des côtes, et alors on pourrait les appeler sous-thoraciques. Les unes et les autres sont indépendantes des organes contenus dans la cavivé de l'abdomen ou du bassin, et parfaitement distinctes des exostoses, des périostoses, des ostéosarcomes, des chondromes, des ostéostéatomes, des tumeurs vasculaires des os, des exostoses libres et flottantes, enfin des tumeurs fibreuses intra-péritonéales, libres dans cette cavité, sans aucune enveloppe ni pédicule, et présentant un noyau central très-dur, comme celle qui fut présentée par M. Letixerant à la Société anatomique en 1849, et dont nous ne nous occuperons pas.

Indiquer l'endroit où elles prennent naissance, les tissus aux dépens desquels elles se développent, n'est pas aussi facile. Quand je ferai leur pathogénie, j'essayerai de traiter cette question; mais, en attendant, je vais dire quelques mots sur les rapports de ces tumeurs avec les différentes couches qui entrent dans la structure de la paroi abdominale.

Dans l'observation 1re, la tumeur s'était évidemment développée dans l'épaisseur de la paroi abdominale, mais la distension, l'espèce de tassement survenus dans les tissus, empêchèrent de savoir si c'é-

tait en avant ou en arrière de l'aponévrose du transverse qu'était située la tumeur.

Dans l'observation 2, elle s'était encore développée dans l'épaisseur de la paroi abdominale, mais ici les tissus en rapport avec elle étaient bien distincts les uns des autres, et les temps de l'opération purent être facilement suivis. Après l'incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, le bistouri arriva sur le *fascia superficialis*, tellement développé, que l'on crut avoir affaire à l'aponévrose du muscle grand oblique. Cette aponévrose fut ensuite divisée, puis les muscles petit oblique et transverse reconnus à la direction différente de leurs fibres. La tumeur mise à nu reposait sur le péritoine, dont elle n'était séparée que par une couche de tissu cellulaire assez dense. Chez la malade opérée par M. Nélaton, en présence de M. Michon, la tumeur, développée dans le voisinage de la crête iliaque, avec laquelle elle était en rapport par un pédicule très-large, adhérait si intimement au péritoine, que cette séreuse fut ouverte pendant l'opération; néanmoins la malade guérit (1). Dans l'opération faite par M. Michon, pour la même affection, la tumeur était également en rapport avec le péritoine, dont elle ne fut séparée qu'avec beaucoup de peine.

Dans tous les cas que nous venons de rapporter, le tissu cellulaire sous-péritonéal a-t-il été d'emblée le siége de ces tumeurs? ou bien se sont-elles développées au milieu des couches musculaires dans le tissu cellulaire d'enveloppe, ou dans celui qui unit les fibres musculaires entre elles? N'auraient-elles pas pu, en s'accroissant, dissocier ces fibres, et, continuant leur marche en profondeur, arriver sur le péritoine avec lequel elles ont contracté des adhérences plus ou moins intimes? Question importante sans doute, mais difficile à élucider. Ce que le clinicien doit surtout chercher à connaître, c'est ceci : Sont-elles contenues dans la cavité abdominale ou

---

(1) Société de chirurgie, 1850.

dans l'épaisseur de la paroi, et dans ce cas, sont-elles adhérentes au péritoine? Or, si, d'après les symptômes que nous avons observés, nous arrivons à une certitude absolue sur le premier point, il n'y a rien qui puisse nous guider pour établir le second.

Quant aux tumeurs sous-thoraciques, dont je rapporte trois observations, aucune d'elles n'a été enlevée; mais leur analogie avec les tumeurs interstitielles extra-pulviennes, dans les symptômes, les caractères extérieurs, la marche, ne pourrait-elle pas faire croire qu'elles se sont aussi développées dans l'épaisseur de la paroi abdominale, opinion d'ailleurs manifestée par M. Huguier? Nous ne citons, au reste, ces trois observations que comme pierre d'attente à une description particulière que l'on pourrait faire de ces tumeurs sous-thoraciques.

Tel est le siége anatomique de ces tumeurs, mais le lieu du corps où siége la production morbide n'est pas moins intéressant. Toutes en effet, excepté celle de l'observation 4, se sont développées à gauche. Or pourquoi cette prédilection pour cette partie de l'individu? Faut-il invoquer une cause anatomique, et assimiler leur fréquence du côté gauche à la fréquence du varicocèle du même côté, qui résulte chez l'homme d'une disposition toute particulière de la veine spermatique à son embouchure dans la veine rénale? Cette raison tout au plus admissible pour les tumeurs extra-pelviennes ne peut pas être donnée pour les tumeurs sous-thoraciques. Contentons-nous donc de signaler cette fréquence à gauche et reconnaissons l'impossibilité de dire pourquoi ces productions anatomo-pathologiques se développent plutôt à gauche qu'à droite.

Conformation extérieure.

Elles sont constituées par des masses de forme sphérique ou ovoïde, et à contours réguliers; elles peuvent être plus ou moins aplaties sur leurs faces, disposition qui existait sur la tumeur de l'observation 2, et qui la faisait assez bien ressembler à un rein

dépourvu de hile; elles sont lisses, unies, sans bosselures. Celle qui fut enlevée par M. Gosselin offrait une coloration rosée, en rapport avec sa grande vascularité. Cette vascularité se rencontre principalement dans les tumeurs fibro-plastiques; or la tumeur dont nous parlons était composée d'éléments fibreux et fibro-plastiques par parties égales. Leur volume varie depuis celui du poing jusqu'à celui de la tête d'un fœtus; celle qui fut enlevée par M. Huguier pesait 92 grammes.

Texture.

Nous avons ici plusieurs points à passer en revue; c'est d'abord l'étude des enveloppes, l'examen de la coupe, l'examen microscopique.

Dans l'observation 2, la tumeur était recouverte par des fibres musculaires bien distinctes, disséminées à sa surface, mais dans certains points réunies sous forme de rubans. Ces fibres, plus rares et plus minces à la partie moyenne, qu'aux extrémités suivaient la direction de son grand diamètre, et arrivées aux extrémités de celui-ci, elles se réunissaient en faisceau pour former un cordon dur, serré, arrondi, qui se portait vers l'épine du pubis et l'épine iliaque antéro-supérieure. Quel est le mode de formation de ce pédicule? C'est, nous croyons, un fait complétement mécanique. Au moment où la tumeur se développe, lorsqu'elle n'a encore qu'une faible grosseur, rien n'est changé dans les rapports et les connexions des fibres musculaires entre elles. Mais plus tard elle s'accroît et acquiert un développement plus ou moins considérable. Alors les fibres musculaires qui sont en rapport avec elle se laissent d'abord distendre, puis elles se séparent, et se distribuent d'une façon plus ou moins régulière à sa surface; mais celles qui correspondent aux extrémités de la tumeur, maintenues par leur point d'attache et tiraillées par son accroissement continuel, ne peuvent prendre part

à cette extension. Elles se groupent à ses deux extrémités et forment un faisceau.

On conçoit d'ailleurs que la nature du pédicule peut varier suivant l'élément anatomique au milieu duquel ces tumeurs prennent leur origine. Supposons, en effet, qu'elles se développent aux dépens du périoste, et au niveau des épines iliaques, ce qui n'a rien d'impossible, et nous aurons un pédicule fibreux produit par l'élongation des fibres du périoste. Et si, dans le premier cas, la section du pédicule, comme elle a été faite par MM. Gosselin et Huguier, n'a eu aucune utilité et n'a pas empêché l'accroissement de la production morbide, ne pourrait-on pas penser qu'ici, cette section, en détruisant les vaisseaux qui, du périoste où ils sont nombreux, vont à la tumeur par l'intermédiaire du pédicule, lui enlèverait des moyens puissants de nutrition, et s'opposerait à son développement ultérieur? Dans la tumeur intra-pelvienne observée par M. Huguier, le pédicule, long de 3 centimètres, était formé par du tissu cellulaire condensé et parcouru par des vaisseaux nombreux.

Les fibres musculaires enlevées avec soin, on arrivait sur des couches de tissu cellulaire, d'autant plus minces et difficiles à séparer, qu'on s'approchait davantage de la surface de la tumeur. La coupe, lisse et luisante dans l'une d'elles, offrait dans l'autre une couleur d'un blanc grisâtre, opalin. Cette disposition était surtout sensible dans la moitié périphérique. La moitié centrale avait une teinte rosée, et à l'œil nu, on voyait une multitude de petits points rouges, semblables au piqueté de la substance cérébrale. La surface de la coupe était sillonnée par des fibres brillantes, d'un aspect nacré, tranchant sur la teinte grisâtre et rosée du reste de la surface, et qui s'entre-croisaient en divers sens, en formant des mailles de grandeur variable. MM. Gosselin et Gubler qui firent l'analyse microscopique de la première y trouvèrent des éléments fibreux et fibro-plastiques par portions égales. M. Broca examina la seconde; il n'y trouva que du tissu fibreux. L'espèce de sérum visqueux qu'il fit sortir en très-petite quantité de la partie centrale par le grattage

ne renfermait que des granulations moléculaires et quelques petits noyaux, mis en liberté probablement par le ramollissement des fibres. Il n'y avait nulle part la moindre trace d'éléments fibroplastiques, et il rangea cette tumeur dans les fibrômes purs.

SYMPTÔMES ET MARCHE.

Toutes les tumeurs qui sont l'objet des observations que nous avons rapportées n'étaient accompagnées d'aucune modification appréciable de la constitution, quoiqu'elles fussent déjà arrivées à un développement considérable ; aucune de nos malades ne présentait ce cachet particulier des cachexies qui coïncident le plus souvent avec les tumeurs de mauvaise nature. Au contraire elles étaient pour la plupart jeunes, assez robustes, bien constituées, et avaient tous les attributs d'une bonne santé. C'est donc ailleurs que dans l'état général qu'il faut aller chercher les symptômes de l'affection qui nous occupe, dans le point même de l'économie où elle s'est développée.

Phénomènes locaux.

Quel qu'ait été le point où nous les avons observés, hypochondres ou région iliaque, les phénomènes locaux ont présenté à peu près tous les mêmes caractères.

Ainsi il existe une tumeur dont le volume est variable, mais qui le plus souvent atteint celui du poing ; dans l'observation 6, il était bien plus considérable : en effet il avait presque les dimensions d'une tête de fœtus à terme. Cette tumeur fait saillie sous la peau, elle est dirigée parallèlement au pli de l'aine dans la région inférieure de l'abdomen, et verticalement dans la partie supérieure de cette paroi. La peau qui la recouvre est souple, conserve sa coloration, quelques veines rampent à sa surface (observations 3 et 6) ; cependant elles sont peu apparentes, et, dans ces cas, les téguments ne

présentent pas cette vascularité qui accompagne souvent certaines tumeurs malignes. Ils glissent bien sur toutes ces tumeurs qui sont séparées du doigt par une épaisseur de tissus assez considérable, et dans aucun point ils ne contractent d'adhérences avec elles.

Elles sont ovoïdes ou sphériques, elles offrent (obs. 5 et 6) un léger étranglement qui les sépare en deux parties, l'inférieure est toujours plus développée et se termine par un bord mousse et arrondi. Cet étranglement donne à ces deux tumeurs la forme d'un sablier.

Bien distinctes des couches de l'abdomen, leur circonférence ne paraît pas se continuer avec elles et on pourrait la limiter dans son pourtour, sans la présence, sur un de ses points, d'un cordon dur, arrondi, d'une longueur variable, quelquefois aplati et plus ou moins large. Ce cordon part d'une des extrémités de la tumeur ou des deux à la fois, et se dirige vers un des points du squelette où il s'insère. Dans l'observation 6, ce cordon semble se confondre avec le bord supérieur de la tumeur qui s'amincit en disparaissant sous les côtes, mais le doigt est bientôt arrêté par son insertion à la face interne de la dernière fausse côte.

Elles offrent les unes et les autres une dureté élastique dans tous les points de leur surface qui est lisse généralement, mais qui présente dans quelques points des bosselures très-légères. Toutes sont assez mobiles, mais cette mobilité est surtout prononcée dans les tumeurs des observations 1 et 2. Les unes sont indolentes, les autres sont parfois le siége de quelques élancements qui augmentent au moment des règles ou sous l'influence de la fatigue. Dans l'observation 1re, la tumeur était spontanément douloureuse ; cette douleur était lancinante, et la malade la comparait à la sensation que lui auraient fait éprouver des coups de canif. Elle n'était pas continue, mais ses retours étaient plus rapprochés à mesure que l'affection faisait des progrès ; alors la pression devenait aussi plus sensible.

Chez presque toutes, l'apparence du pédicule, à son insertion au tissu osseux, est douloureuse au toucher.

Quand la malade dont nous avons parlé dans l'observation 2 entra à l'hôpital, la peau était violemment enflammée au niveau de la tumeur, celle-ci participait sans doute aussi au travail inflammatoire causé par deux sétons qui avaient été passés dans son épaisseur. Alors nous avons constaté des douleurs spontanées que la pression rendait plus vives; mais, les sétons enlevés, le phénomène douleur disparut. Dans les autres cas, c'était principalement un sentiment de gêne qu'éprouvaient les malades.

On arrive assez facilement à passer les doigts sous la tumeur, dans quelques cas du moins, ce qui permet de constater qu'elle n'a pas de connexions avec les organes contenus dans la cavité de l'abdomen. La pression exercée sur la peau voisine et la contraction des muscles de la paroi abdominale, refoulent la tumeur vers l'abdomen et tendent à en diminuer le volume. Les efforts de toux, les grandes inspirations, en soulevant la paroi abdominale, soulèvent aussi la tumeur. De même aussi toutes celles qui se sont développées au-dessus du pli de l'aine, dans l'épaisseur de cette paroi, n'avaient contracté aucune adhérence avec les organes sexuels, comme l'a démontré le toucher vaginal.

Il est remarquable que toutes n'ont pas été accompagnées de troubles fonctionnels ni de phénomènes de compression sur les organes voisins, si ce n'est chez la malade opérée par M. Gosselin, qui éprouva pendant l'accroissement de la tumeur des douleurs sur le trajet du nerf abdomino-génital. Chez ces malades, la marche des grossesses fut régulière, elles arrivèrent toutes à terme; car faut-il mettre sur le compte de la tumeur, qui avait alors le volume d'une noix, l'avortement qui eut lieu au cinquième mois (obs. 3).

La tumeur intra-pelvienne observée par M. Huguier ne donna lieu à aucun symptôme pendant la vie, et son existence ne fut pas même soupçonnée. C'est l'autopsie qui la fit découvrir. Nous ne pouvons

rien conclure de ce fait particulier. Cependant nous pensons que dans les cas où des tumeurs de ce genre se développent dans la cavité du petit bassin, il peut arriver qu'elles donnent lieu à des troubles fonctionnels plus ou moins graves, qu'elles gênent l'accroissement de l'utérus pendant la grossesse, et peuvent déterminer l'avortement, ou qu'elles peuvent être une cause de dystocie au moment de la parturition, si la grossesse arrive à terme; accidents qui seraient d'autant plus à redouter que le pédicule serait moins long et la tumeur plus près du détroit inférieur du bassin.

MARCHE.

Leur marche est très-lente; elles mettent plusieurs mois et même plusieurs années avant que d'atteindre un volume considérable. Au début, elles ne donnent aucun signe et peuvent passer inaperçues. Nous avons vu ce fait se produire devant nos yeux chez la malade dont nous avons rapporté l'histoire (obs. 2). Cette malade, revenue à l'hôpital plusieurs mois après son opération, portait dans l'épaisseur de la paroi abdominale et dans un point diamétralement opposé à celui où se trouvait la tumeur fibreuse une tumeur de la grosseur d'une amande, offrant les caractères d'une tumeur de même nature en voie d'évolution, qu'elle n'avait pas encore remarquée. Elles s'accroissent sans apporter de troubles dans les fonctions, et ne donnent lieu qu'à des signes exclusivement locaux. Chez la malade citée dans l'observation 1, l'intensité de la douleur paraît coïncider avec l'augmentation du volume de la production fibreuse.

DIAGNOSTIC.

Déterminer la nature de ces tumeurs, leur siége, leur point de départ, les différencier ensuite des tumeurs avec lesquelles elles peuvent être confondues, tels sont les divers points que nous allons passer successivement en revue dans ce paragraphe.

NATURE.

Leur consistance spéciale et uniforme, différente de la dureté du squirrhe et de la mollesse de l'encéphaloïde, à côté de parties plus fermes; leur forme assez régulièrement arrondie, et leur surface presque lisse; la coloration normale de la peau à leur niveau, sa souplesse et son défaut d'adhérences avec elles; l'absence de troubles du côté de la nutrition et la conservation de la santé : tels sont les signes qui peuvent faire rejeter l'idée d'une affection de mauvaise nature et admettre la possibilité d'une tumeur fibreuse. Ces signes, nos malades les ont présentés, et dans les cas où les tumeurs ont été enlevées, l'anatomie pathologique est venue donner raison au diagnostic.

SIÉGE.

Mais, leur nature étant déterminée, il reste un point important à étudier, c'est de savoir si elles ont pour siége l'épaisseur elle-même de la paroi abdominale, ou bien si elles sont contenues dans l'intérieur de la cavité de l'abdomen. Leur position superficielle, car le doigt n'est séparé de leur surface que par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose du grand oblique; la possibilité de les énucléer pour ainsi dire des parties profondes et de passer la main sous leur face postérieure; leur soulèvement avec la paroi abdominale pendant les efforts de toux et les grandes inspirations; leur mobilité sur les parties situées au-dessous d'elles; la possibilité de leur faire suivre les mouvements imprimés à la paroi abdominale; enfin l'absence de troubles antérieurs qui auraient pu mettre sur la voie d'une tumeur quelconque développée dans un des viscères de l'abdomen et qui en s'accroissant se serait portée vers la paroi antérieure et l'aurait soulevée, prouvent qu'elles occupent l'épaisseur de

cette paroi. Mais c'est ici que commencent les difficultés, si l'on veut aller plus loin dans l'étude du diagnostic.

Comment en effet peut-on s'assurer de leur adhérence à la membrane séreuse péritonéale? Est-ce par leur mobilité? Mais la tumeur qu'enleva M. Gosselin et qui lui était adhérente n'était-elle pas mobile, et d'ailleurs cette mobilité serait-elle un indice de leur union avec le feuillet pariétal qui dans l'état physiologique glisse facilement sur le feuillet viscéral? La cause de cette connexion résiderait-elle dans les inflammations antérieures de ces tumeurs fibreuses? Mais dans le cas que je viens de citer la tumeur n'avait pas été le siége d'inflammation; bien plus, dans l'observation 2, l'inflammation survenue à la suite du passage des sétons-fils n'avait déterminé aucune adhérence. Faut-il en aller chercher la cause dans l'âge de ces tumeurs? Mais la tumeur enlevée par M. Huguier n'était-elle pas d'origine plus récente? D'ailleurs elle était mobile, quoique unie par un tissu cellulaire dense au péritoine pariétal.

Quel est aussi leur point de départ? Viennent-elles exclusivement de l'os iliaque ou des côtes, comme pourrait le faire croire le pédicule qui s'étendait de l'épine iliaque et des côtes à la masse morbide? Se seraient-elles développées aux dépens de l'os ou de son périoste, et se seraient-elles portées en dedans ou en bas dans l'épaisseur de la paroi abdominale? Hypothèses qui peuvent être admises et qui légitiment la section du pédicule faite par MM. Gosselin et Huguier dans les tumeurs interstitielles extra-pelviennes. Mais encore ici l'anatomie pathologique vint démontrer que le pédicule était formé par des fibres musculaires, et comme précédemment nous ne possédons aucuns signes pour arriver à un diagnostic certain.

Tumeurs avec lesquelles elles pourraient être confondues.

Lipomes. Ils ont une marche lente; ils sont ovoïdes, irrégulièrement arrondis; ils sont caractérisés par leur pesanteur spécifique peu considérable, leurs bosselures arrondies et nombreuses que l'on

sent à travers les téguments sur leur surface, leur mollesse et le peu d'élasticité de leur tissu. Ils se développent le plus souvent dans le tissu cellulaire sous-cutané, ce qui est le contraire pour les tumeurs que nous examinons.

Hydropisie enkystée des parois abdominales.

Il se forme quelquefois entre les parois mêmes de l'abdomen des tumeurs cystiques plus ou moins volumineuses, connues improprement sous le nom d'hydropisie enkystée du péritoine, hydropisie qui a son siége tantôt à l'extérieur de cette membrane, tantôt entre les diverses couches des muscles abdominaux (Dance, Dict. en 30 vol.). Ces tumeurs cystiques peuvent être le siége d'élancements et de tiraillements qui correspondent à l'accroissement de la tumeur. On peut les circonscrire, les mouvoir transversalement, les attirer même à soi en passant les doigts par derrière et les isoler des viscères abdominaux sur lesquels elles ne semblent qu'apposées. Leur marche est lente également.

Néanmoins on peut quelquefois y percevoir de la fluctuation; leur surface n'a pas cette dureté élastique des tumeurs fibreuses; elle est aussi plus unie; la percussion pourrait donner des vibrations ondulatoires produites par le déplacement du liquide, enfin on pourrait avoir recours à la ponction exploratrice qui laisserait écoucouler du liquide.

Abcès des parois abdominales.

Les abcès profonds de la paroi abdominale forment une tumeur qui, elle aussi, fait corps avec cette paroi. Mais ils sont le plus souvent précédés d'une inflammation très-vive, de fièvre; ils sont fluctuants; ils ont une surface lisse et n'offrent pas la dureté que nous avons citée. La marche pourra donc éclairer le diagnostic.

On aurait pu, à première vue, confondre la tumeur fibreuse de

l'observation 2 avec un phlegmon de la paroi abdominale ; car, à son entrée à l'hôpital, la malade présentait au-dessus du pli de l'aine une tumeur douloureuse, recouverte par une peau rouge, enflammée ; il y avait de la fièvre. Mais encore les antécédents vinrent en aide au diagnostic, et puis la résistance, la dureté régulière et uniformément élastique de la partie de la tumeur qui dépassait les limites de l'inflammation, ne laissèrent aucun doute à M. Huguier sur la nature de l'affection.

Exostoses développées au niveau du bassin et des côtes.

Il n'y aurait que les exostoses à marche chronique ; mais elles se présenteraient sous l'apparence de tumeurs dures, non élastiques ; elles seraient fortement adhérentes à l'os sous-jacent ; elles se développeraient d'habitude sur des individus syphilitiques ou scrofuleux. Alors elles seraient précédées par des douleurs plus vives la nuit que le jour, surtout quand le malade est échauffé par la chaleur du lit, douleurs qui se fixent sur le point de l'os où se fait le développement de la tumeur. Ici les douleurs n'existeraient que dans les premiers temps de l'apparition des exostoses qui deviennent indolentes et continuent à s'accroître fort lentement.

Enchondromes.

On a vu que dans une de nos observations la tumeur avait été prise pour un enchondrome. En effet, certaines tumeurs cartilagineuses ont une marche lente ; elles offrent une surface bosselée, élastique. Cependant, si on examine de près, il semble que leur consistance est plus grande que celle des tumeurs fibreuses, que les bosselures sont plus nombreuses, plus irrégulières, qu'elles présentent des angles et une dureté sur lesquels M. Dolbeau a insisté comme caractéristiques de l'enchondrome.

Tout à fait à leur début, on pourrait, si ce n'était leur siége, con-

fondre celles de la paroi abdominale avec des ganglions inguinaux; mais jamais ceux-ci ne se rencontrent dans un lieu aussi élevé.

Enfin je mentionnerai les abcès de la fosse iliaque, les ostéosarcomes, les ostéostéatomes et les tumeurs vasculaires des os, dont la physionomie, la marche, les symptômes locaux et généraux, les différencient suffisamment des tumeurs fibreuses extra-pelviennes et sous-thoraciques.

Le pronostic de ces tumeurs n'est pas grave en lui-même, car nous avons vu qu'elles respectaient la santé générale; mais les tumeurs intra-pelviennes peuvent être cause d'avortement, de dystocie; elles peuvent confondre, irriter les parois de l'utérus si l'accouchement a lieu, et devenir une cause de métrite, de métro-péritonite. Les tumeurs extra-pelviennes proprement dites, en acquérant un développement considérable qui les porterait vers la cavité de l'abdomen, pourraient aussi entraîner les mêmes dangers. Dans certains cas, et la malade opérée par M. Gosselin nous en offre un exemple, elles pourraient devenir le siége de douleurs violentes qui empêcheraient le sommeil, retentiraient sur la nutrition et pourraient amener le délabrement de la constitution; enfin elles pourraient s'enflammer et déterminer des accidents graves du côté du péritoine, à cause de leurs rapports intimes avec cette séreuse.

CAUSES ET DÉVELOPPEMENT.

L'âge adulte, le sexe féminin, ont seuls jusqu'ici offert des exemples de ces tumeurs; mais rien n'est plus difficile que de remonter à leur cause prochaine. De quelle façon, en effet, envisager cette question d'origine? Sont-elles dues à une hypertrophie partielle du tissu musculaire? elles auraient alors des connexions intimes avec les muscles aux dépens desquels elles se seraient développées. Mais ne savons-nous pas que ces tumeurs qui ont été enlevées se sont présentées sous la forme de masses séparées des fibres musculaires,

et complétement semblables à une production nouvelle, développée dans l'épaisseur de la paroi abdominale au devant du péritoine?

Est-ce un épanchement sanguin, résultat d'une contusion, qui s'organiserait et subirait la transformation fibreuse? Cette cause pourrait être invoquée pour la tumeur citée dans l'observation 6. Mais un épanchement sanguin suppose une contusion violente, alors il serait accompagné d'une ecchymose plus ou moins considérable, et il n'en est pas survenu dans le cas que nous venons de rapporter.

Leur présence dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ne tiendrait-elle pas à une modification dans la nutrition de celui-ci, modification qui amènerait sa métamorphose en tissu fibreux? Les productions fibreuses, en effet, se développent au sein du tissu cellulaire ou à ses dépens (Andral, *Anatomie pathologique*) par la transformation successive de ses éléments en éléments fibreux (Lebert, *Physiologie pathologique*); et, dans plus d'un cas, il est facile de démontrer que cette transformation est produite par une irritation dans le lieu même où se développe cette production (Andral, *loc. cit.*). Cette irritation ne pourrait-elle pas être causée par un coup, un effort violent, auxquels ont peut-être succédé les tumeurs des observations 4 et 6? Enfin les tumeurs fibreuses intra et extra-pelviennes ne pourraient-elles pas avoir encore pour point de départ une hyperémie du tissu cellulaire aux dépens duquel elles se développent, hyperémie produite par les congestions périodiques de l'utérus retentissant sur les tissus voisins?

En résumé nous pensons, conduit par l'anatomie pathologique, que ces tumeurs prennent naissance dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et qu'elles sont dues à une transformation fibreuse de ce tissu, causée par une irritation locale; nous pensons encore qu'elles vivent comme les tissus non vasculaires ou peu vasculaires, en empruntant par imbibition aux tissus qui les environnent, surtout à leur enveloppe, au pédicule, les éléments de leur nutrition.

TRAITEMENT.

Le traitement de ces tumeurs présente deux indications à remplir. Il faut d'abord chercher à les faire disparaître par des moyens médicaux, et, si les efforts tentés dans ce but restent sans effet, s'adresser aux moyens que nous offre la chirurgie.

Traitement médical.

L'iode, l'iodure de potassium, donnés à l'intérieur, les frictions avec la pommade à l'iodure de plomb, échouent généralement contre les productions fibreuses. Nous avons vu cependant, dans le service de M. Huguier, une tumeur de cette nature, développée dans l'épaisseur de l'utérus, diminuer d'une manière fort sensible sous l'influence de ces médicaments combinés avec l'emploi du seigle ergoté à l'intérieur. Mais quelle part faut-il faire à chacun de ces agents thérapeutiques? Dans ce cas, le seigle ergoté détermine-t-il des contractions utérines, qui, pour quelques-uns, n'ont lieu qu'au moment où l'utérus entre en jeu pour expulser le produit de la conception, et ces contractions amèneraient-elles un arrêt dans le développement, et enfin l'atrophie de la production morbide? Ou bien cette atrophie serait-elle due exclusivement à l'emploi répété des fondants généraux et locaux? Quoi qu'il en soit, il peut être utile de les prescrire, et si, après un certain temps, ils n'ont amené aucun résultat, si la tumeur continue à grossir, il faudra avoir recours aux ressources de la chirurgie.

Moyens chirurgicaux.

Sétons-fils. Les sétons filiformes, passés en croix à travers la tumeur et restés en place pendant un mois, n'ont amené aucun résultat chez la femme Brenet; au contraire, ils ont occasionné une inflammation assez vive du tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale qui aurait pu devenir le point de départ d'un

vaste phlegmon, retentir sur le péritoine et amener enfin les accidents des plaies en suppuration. Les sétons doivent donc être rejetés, non-seulement comme inutiles, mais encore comme dangereux.

Section du pédicule. La section du pédicule, dans les deux cas où elle a été faite, n'a pas été suivie de résultats plus satisfaisants, car, malgré cette section, la tumeur de la malade citée dans l'observation 1 continua néanmoins à s'accroître, alimentée par les vaisseaux de la surface; toutefois, dans l'un et dans l'autre cas, cette section n'a été suivie d'aucun accident.

Extirpation. S'il est plus efficace, ce moyen n'est pas exempt de difficultés et de dangers. Et d'abord, dans quel cas convient-il de l'employer? Dans celui où la tumeur n'aura pas atteint un volume considérable, car une plaie étendue de la paroi abdominale pourrait mettre la malade dans un grand péril. Il consiste à découvrir la tumeur et à la séparer du péritoine avec lequel elle est en rapport. Si elle n'adhère pas trop intimement à cette membrane, on y parvient avec de la lenteur et de la prudence. Mais il peut arriver que des adhérences plus intimes se sont établies et que même, avec l'attention la plus minutieuse dans la dissection, on ouvre le péritoine; il peut arriver encore que la tumeur fasse corps avec le feuillet pariétal du péritoine et que son extirpation complète soit impossible, à moins d'enlever la portion du péritoine avec laquelle elle est si intimement confondue. Dans ce cas, il faut imiter la conduite si sage de M. Gosselin, qui laissa une partie de la tumeur en place plutôt que d'ouvrir le péritoine, lésion qui est suivie le plus souvent d'accidents fort graves, quoique Wiseman et Hennen aient vu guérir des plaies du péritoine sans que les malades aient éprouvé d'accidents notables, quoique la malade opérée par M. Nélaton fût rendue à la santé. Ce qui arriva plus tard à la malade de M. Gosselin ne légitimerait-il pas cette manière de faire? En effet, la portion de

la tumeur qui avait été laissée prit part à la cicatrice, disparut en partie, et cette cicatrice, par suite d'une sorte d'absorption de ses éléments, devint si mince et si peu résistante, qu'on fut obligé de faire porter une pelote à la malade pour éviter une perforation de la paroi abdominale dans ce point.

Les accidents qui peuvent accompagner l'extirpation sont les lésions des vaisseaux, contre lesquelles il faudrait employer la ligature; la blessure du péritoine, doit être considérée comme une lésion assez grave en elle-même, parce qu'elle peut occasionner une péritonite. Que devra donc faire le praticien pour prévenir et combattre cette inflammation? Il atteindra ce but en réunissant exactement la plaie, en prescrivant le repos absolu, une diète rigoureuse, les boissons adoucissantes, les topiques émollients, les saignées locales et générales, plus ou moins copieuses, et plus ou moins souvent répétées suivant la force du sujet et l'intensité des symptômes consécutifs. Il devra recourir aussi aux mercuriaux, soit d'emblée ou après avoir enlevé du sang à la malade.

Cette péritonite peut encore être le résultat de l'inflammation suppurative qui se fait au niveau de la plaie. La malade citée dans l'observation 2 présenta des signes non équivoques de péritonite, et c'est grâce au traitement énergique que lui fit faire M. Huguier qu'elle guérit.

Les accidents qui peuvent survenir consécutivement à l'opération sont ceux qui se montrent dans la plupart des plaies. ~~Ici~~ nous avons remarqué ~~justement~~ une rougeur érysipélateuse autour de la plaie dans un cas, un érysipèle et la pourriture d'hôpital dans un autre; enfin la rétention du pus dans la plaie. Les cataplasmes émollients, la poudre d'amidon, les lotions sur la plaie avec du jus de citron, les cautérisations avec une solution de nitrate d'argent, le relâchement de la suture faite à la peau pour donner issue au pus, devraient être mis en usage comme il a été fait du reste dans les exemples que nous avons cités.

La plaie marcha rapidement vers la guérison chez la malade opé-

rée par M. Huguier, et quand elle quitta l'hôpital, elle portait une cicatrice linéaire rosée qui s'étendait de l'épine du pubis à 1 centimètre environ de l'épine iliaque antéro-postérieure gauche. Il n'y avait pas eu de récidive, et on peut considérer la guérison comme certaine. Mais la faiblesse de la paroi abdominale, dans ce point, devint si grande qu'il survint une éventration et qu'il fut nécessaire de faire porter une pelote à la malade pour s'opposer à la hernie de l'intestin et à la distension de la paroi. Les doigts pénétraient assez profondément dans la cavité de l'abdomen, et les bords de l'éventration formés probablement par l'aponévrose du grand oblique et les muscles divisés étaient nets et souples et donnaient la sensation d'une petite corde.

Une récidive eut lieu chez la malade qu'opéra M. Gosselin, et la tumeur se développa sous ses yeux pendant la cicatrisation. Des flèches caustiques furent alors passées à la base de la production nouvelle, et la cicatrice se forma, en s'étalant sur l'espèce de plaque dure fournie par les derniers vestiges de la tumeur; mais quand un fibrome mis à nu par une opération prend part à ce travail réparateur qui forme les cicatrices, il est bien rare de le voir repulluler. En effet, dix-sept mois après l'opération, M. Gosselin a eu la bonté de me montrer la malade, et nous n'avons pas constaté de récidive nouvelle. La cicatrice présentait un aspect tout particulier, elle était blanchâtre par places, violacée dans d'autres, et large comme une pièce de 5 francs; son tiers interne était dur, élastique, un peu bosselé, les deux tiers externes se laissaient déprimer par le doigt qui pénétrait dans la cavité abdominale à travers une légère éventration qui était cause d'une hernie de l'intestin. Cette cicatrice était, quelque temps après la sortie de la malade, devenue très-sensible, à un point tel qu'elle fut obligée de renoncer à l'emploi de la pelote qui lui avait été conseillée dans le but de lutter contre la hernie et la distension de la peau, et, chose étrange, la hernie disparut. Comment expliquer ce phénomène si ce n'est par sa rétraction du tissu cicatriciel sous l'influence de la douleur, rétraction qu

remplissait l'office d'un bandage, puisque par la suite l'apparition de la hernie coïncidait avec la cessation de la douleur?

OBSERVATION Ire (1).

Tumeur fibreuse extra-pelvienne, développée dans l'épaisseur de la paroi abdominale et adhérant au péritoine; difficultés particulières de diagnostic. Opération par morcellement et ablation incomplète.

La nommée Joséphine M...., âgée de 26 ans, blanchisseuse, a été réglée à 18 ans, elle a eu à 22 ans un enfant, pour lequel on a dû appliquer le forceps, et c'est depuis lors qu'elle sentit les premiers symptômes encore mal définis d'une affection utérine.

Il y a un an, Joséphine commença à s'apercevoir qu'elle porte au-dessus du pli de l'aine droite une tumeur d'abord indolente pendant plusieurs mois, mais qui, le 7 juin 1859, est devenue douloureuse brusquement, sans cause connue, au moment du départ pour une promenade. La tumeur avait alors le volume d'un très-petit œuf, et depuis elle a continué à grossir lentement, et à provoquer des douleurs intermittentes sur le trajet du nerf abdomino-génital, des élancements à des intervalles assez éloignés, si bien qu'au mois d'août, la malade entra à l'hôpital Cochin, dans les salles de M. Gosselin, et le chirurgien qui le remplaçait alors fut tout disposé à voir là un enchondrome.

Au bout de quelque temps, M. Gosselin reprend le service, et remarquant que la tumeur, assez mobile, du reste, adhère par un pédicule large à l'épine iliaque antéro-supérieure, il en fait la section sous-cutanée, espérant que la tumeur, une fois privée des moyens de nutrition, qu'elle recevait de l'os iliaque, cesserait de s'accroître et pourrait même diminuer. Mais la suite prouva que cette opération

---

(1) Cette observation m'a été communiquée par mon collègue Delaunay, interne dans le service de M. Gosselin.

fut sans résultat avantageux. En même temps, le chirurgien s'occupait de l'affection utérine qui était caractérisée par de la rougeur et des ulcérations du col, des flueurs blanches, des douleurs à l'épigastre et dans les reins, de la fatigue survenant rapidement, et un certain degré de chlorose. On cherchait à distinguer quelle part, dans ces symptômes, il fallait faire soit à la tumeur, soit à la lésion utérine. M. Gosselin mit donc la malade au repos, lui fit faire des injections astringentes, en même temps qu'il prescrivit l'iodure de potassium, le quinquina, le fer, et un régime substantiel. Sous l'influence de ce traitement qui fut continué trois mois, les symptômes s'amendèrent, les souffrances diminuèrent, et la tumeur resta à peu près stationnaire.

A son entrée, Joséphine se présente dans l'état suivant : elle est fraîche, assez grande, et paraît d'une bonne constitution ; en examinant l'abdomen, on voit, au-dessus du pli de l'aine droite, les téguments soulevés par une tumeur qui a environ 0,08 de hauteur et 0,09 de largeur, qui, par son extrémité externe et dans une petite étendue, répond à l'épine iliaque antéro-supérieure, à laquelle elle semble encore adhérer par un pédicule court et étroit, qui, par son bord inférieur, est en rapport avec les deux tiers externes du ligament de Fallope, et dont le bord supérieur remonte à peu près de quatre travers de doigt au-dessus de ce ligament. Cette tumeur n'adhère pas à la peau qui glisse bien sur elle, elle est mobile sur les parties profondes, et paraît avoir pour siége la paroi abdominale. Elle est dure, élastique, à surface généralement lisse et bosselée, seulement en quelques points ; elle n'est pas douloureuse à la palpation, à part certains moments où l'application même légère du doigt excite une douleur vive et superficielle qui rappelle celle qu'on voit dans certaines névralgies.

Le toucher vaginal permet de reconnaître que cette tumeur n'a aucune connexion ni avec l'utérus, ni avec ses annexes, ni avec aucun des points de l'enceinte pelvienne ; mais il fait constater que le ballottement de la matrice est douloureux, que cet organe lui-même

est situé très-haut, légèrement antéfléchi, et devié à gauche, parfaitement mobile, que son col est gros et entr'ouvert ; enfin on peut s'assurer à l'aide du spéculum qu'il existe des rougeurs et des ulcérations superficielles sur les deux lèvres du museau de tanche. Voilà pour les signes physiques.

La malade accuse aussi les troubles fonctionnels suivants : elle souffre, et elle souffre en plusieurs points ; ainsi elle ressent à l'hypogastre une douleur sourde, fatigante, qui entraîne des tiraillements dans les reins et ne devient jamais violente, mais seulement fatigante quand la malade se livre à un exercice un peu prolongé, qu'elle se voit obligée de cesser tout travail.

Il existe encore une autre douleur ; celle-ci, moins constante dans ses retours, mais plus violente, a pour siége le côté droit de l'abdomen, la tumeur et la région inguinale du même côté ; elle est lancinante, et peut être comparée à celle que produiraient des coups de canif ; elle revient spontanément même pendant le séjour au lit, elle n'est pas continuelle, mais depuis quelque temps ses retours sont plus rapprochés. C'est ainsi que nous avons vu la malade, après avoir été huit jours sans rien sentir, souffrir beaucoup pendant trois jours. Dans ce cas, la palpation devient très-pénible. Les règles sont très-régulières, mais pénibles, et aggravent la plupart des troubles fonctionnels. L'appareil digestif et l'appareil circulatoire ne présentent à noter qu'un peu de dyspepsie et du souffle dans les vaisseaux.

A l'hôpital Beaujon, la malade est mise au repos, au vin de quinquina, au fer, ce qui n'empêche pas le retour de ces douleurs lancinantes, déjà signalées, et que pallient à peine le chloroforme sous forme de liniment, et la morphine administrée par la méthode endermique. Enfin, le 1er et le 18 février, les souffrances sont plus vives que jamais. Comme d'ailleurs la tumeur augmente manifestement de volume, M. Gosselin se décide à l'opération et il la pratique le 20 février.

Après avoir endormi la malade, ce chirurgien fait au-dessus du

pli de l'aine, et comme pour la ligature de l'iliaque externe, une incision située seulement plus en dehors et plus longue. Il incise couche par couche jusqu'au grand oblique inclusivement. Alors, pour découvrir plus complétement la tumeur et rendre son extirpation plus facile, M. Gosselin fait tomber de haut en bas une seconde incision perpendiculaire sur la première, et coupe les parties molles qui le séparent encore de la masse morbide. Mais, à cause des changements survenus dans les tissus, de la distension et de l'espèce de tassement qu'ils ont subi, l'opérateur ne peut s'assurer si le petit oblique et le transverse ont été incisés tous deux, et par conséquent si c'est en avant ou en arrière de l'aponévrose du transverse qu'est située la tumeur. Quoi qu'il en soit, on s'aperçoit alors que celle-ci n'adhère pas du tout à l'os iliaque, mais qu'elle est intimement unie aux parties profondes, de telle sorte qu'il est impossible de songer à l'énucléer complétement. Il faut donc enlever le tissu morbide tranche par tranche, en arracher parfois avec le doigt, et cela jusqu'à ce que le chirurgien ne soit plus séparé du péritoine que par une épaisseur de tissus si faible qu'on voit à chaque inspiration, à chaque contraction musculaire, les parties molles qui restent encore se soulever comme une mince feuille de papier.

M. Gosselin s'arrête alors, il a extirpé la plus grande partie de la tumeur ; mais il aime mieux en laisser une portion que d'ouvrir le péritoine pour en compléter l'ablation. La masse ainsi enlevée présente une coloration rosée qu'explique suffisamment sa grande vascularité, et son aspect rappelle celui du fibrome; l'examen microscopique montre que le tissu est formé d'éléments fibreux et fibroplastiques par parties égales.

Après l'opération, la malade fut pansée à plat, mais à peine réveillée, elle se sentit prise au niveau de la plaie de douleurs extrêmement intenses qui lui arrachèrent des cris pendant près de deux heures, puis tout se calma.

Dès le troisième jour, la plaie devint sensible, grisâtre, et fut envahie par la pourriture d'hôpital qui régnait alors dans la salle.

Le 12, ces accidents avaient presque disparu, la plaie vermeille dans la plus grande partie de son étendue se cicatrisa dans ses bords, et, en quelques points, les débris de la tumeur participent eux-mêmes à ce travail. Mais il reste à la partie interne un noyau de tissu malade gros comme une noix, grisâtre, et qui augmente de volume. M. Gosselin y plante des flèches au chlorure de zinc, le 19 mars; et à la chute de l'eschare, il voit que presque toute cette masse a été détruite; depuis lors, la plaie n'a cessé de marcher vers la guérison. Le 6 avril, elle est fermée tout à fait; mais elle présente une cicatrice rose, molle, large comme une pièce de 5 francs, et d'un aspect tout particulier. Le tiers externe de la cicatrice est dur, élastique, un peu bosselé. Les deux tiers internes se laissent déprimer par le doigt qui pénètre dans la cavité abdominale. Dans ce point, il existe une légère éventration.

La malade sort de l'hôpital le 5 mai.

Rentrée le 7 mars de cette année, elle apprend à M. Gosselin qu'elle a pu, depuis le mois d'août jusqu'à cette époque, faire son service de cuisinière; que, pendant ce temps, sa cicatrice, blanchâtre par places, violacée dans d'autres, était souvent indolente, parfois douloureuse quand elle avait fatigué, et presque toujours un peu sensible à la pression; que la pelote concave qui lui avait été ordonnée avant son départ a été difficilement supportée à cause de la sensibilité de la cicatrice, laquelle, par défaut de protection, s'est laissé distendre et amincir à un tel point qu'on conseille, dans la crainte d'une perforation, et malgré les douleurs dont elle est le siége, de porter de nouveau un bandage. Elle apprend que depuis la reprise de ce bandage, elle a souffert beaucoup plus, assez pour ne pouvoir plus travailler.

Le 8, il n'y a plus de hernie, mais la partie externe de la cicatrice est très-sensible au toucher.

Le 15, la tumeur est beaucoup moins douloureuse au toucher que les jours précédents.

Le 23, la malade sort avec un bandage plane, à pelote en caoutchouc et à pression modérée. La cicatrice est beaucoup moins sensensible au toucher que lors de son entrée à l'hôpital ; mais depuis ce moment il y a tendance au retour de la hernie, qui n'apparaissait pas tant que sa cicatrice était sensible, sans doute parce que celle-ci était rigide et résistante.

OBSERVATION II.

Tumeur fibreuse extra-pelvienne, ablation complète, éventration consécutive.

Louise B....., âgée de 27 ans, cuisinière, entre à l'hôpital Beaujon le 15 juin 1860.

Elle est grande, d'une assez forte constitution, d'un tempérament ymphatique. Elle n'offre pas d'antécédents syphilitiques, et elle a toujours été bien portante. Cependant, il y a deux ans, elle fut atteinte, à la suite d'une couche, d'une métro-péritonite, pour laquelle elle est entrée dans le service de M. Béhier.

Réglée à 15 ans pour la première fois, ses règles se sont depuis lors montrées régulièrement, et chaque fois elles sont précédées de quelques flueurs blanches. Elle a eu deux enfants ; le premier à 24 ans et demi. C'est à la suite de cet accouchement qu'elle a été prise des accidents dont nous avons parlé. Elle est accouchée du second deux mois avant son entrée à l'hôpital. Chaque accouchement a eu lieu à terme.

Au moment de sa seconde grossesse, alors qu'elle était enceinte de trois mois, elle s'aperçut qu'elle portait au niveau de la fosse iliaque gauche, et au-dessus du ligament de Fallope, une petite tumeur qui pouvait avoir le volume d'un œuf de pigeon. Les élancements dont elle était le siége continuèrent pendant la durée de sa grossesse ; mais après l'accouchement, ils disparurent par intervalles, et la tumeur, jusque-là stationnaire, fit des progrès rapides, car à l'entrée de la malade à l'hôpital, elle avait le volume du poing d'un adulte.

État actuel. Elle est située immédiatement au-dessus du ligament de Fallope, entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le pubis; elle a 14 centimètres dans le sens de son grand diamètre qui est parallèle à la direction de ce ligament, et 10 centimètres dans le sens vertical; elle présente une dureté uniformément élastique. De son extrémité externe, part un pédicule court, arrondi, qui se porte à l'épine iliaque antérieure et supérieure ; de l'extrémité opposée, part un second pédicule, moins accusé que le précédent, qui se dirige vers l'épine du pubis. Sa surface n'est pas parfaitement lisse, et au toucher on sent quelques inégalités. La peau qui la recouvre est d'un rouge intense ; au delà des limites de cette rougeur, on sent la continuation de la tumeur dont la surface est régulière et uniformément élastique, sa pression est très-douloureuse. Deux sétons-fils ont été passés en croix dans l'intérieur de la tumeur, et c'est depuis lors, nous dit la malade, qu'est survenue cette rougeur de la peau, cette douleur vive, la fièvre qu'elle a et les troubles du côté des fonctions digestives, perte de l'appétit et nausées.

Le 26. On enlève les sétons qui avaient été placés avant son entrée à l'hôpital; ils n'ont amené aucune diminution dans le volume de la tumeur, mais une suppuration assez abondante dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dès lors cette suppuration diminue, la pression devient moins douloureuse, la peau perd sa coloration, les phénomènes généraux disparaissent, et il est plus facile d'explorer la tumeur. Elle est très-mobile; M. Huguier utilise cette grande mobilité pour lui faire faire des mouvements de bascule du côté de la cuisse, afin de la séparer des parties profondes; quand la malade se tient debout, elle fait en avant une saillie considérable, elle est soulevée avec la paroi abdominale pendant les efforts de toux et les grandes inspirations, elle est mobile avec cette paroi et suit les mouvements qu'on lui imprime; elle n'a aucun rapport avec les organes sexuels. En effet, le doigt introduit dans le vagin, si on explore l'utérus et ses annexes, et si on fait remuer la tumeur, les mouvements ne sont pas communiqués au doigt.

La malade ne sait à quoi rapporter l'origine de sa tumeur. Elle n'a pas reçu de coups dans la région, elle n'a fait aucun effort. Son volume toujours croissant l'effraye, et elle prie M. Huguier de l'opérer; il s'y décide le 28 juillet.

Il fait, après avoir endormi la malade au moyen du chloroforme, une incision dans le sens du grand diamètre de la tumeur; les couches sous-jacentes divisées, il arrive au fascia superficialis très-développé, et il le coupe. L'aponévrose du grand oblique, les muscles petit oblique et transverse ensuite divisés, laissent apercevoir la face antérieure de la tumeur; celle-ci est bien mise à découvert, puis il coupe en dédolant sur sa face postérieure de manière à éviter la lésion du péritoine. Quelques coups de bistouri sont donnés sur ses deux pédicules, et la tumeur vient sans trop de difficultés. On fait la ligature de l'épigastrique qui a été divisée.

Pansement. M. Huguier réunit, au moyen de trois points de suture placés à 2 centimètres environ les uns des autres, les bords de l'aponévrose du grand oblique, et les bords de la plaie extérieure sont réunis par une suture enchevillée; linge cératé, charpie sans compression; en même temps, il ordonne 2 pots de tilleul sucré, une potion calmante, des frictions sur les membres inférieurs, avec de l'huile de croton tiglium, et de placer un oreiller roulé sous les cuisses de la malade, afin de les fléchir sur l'abdomen, et d'amener le relâchement des muscles de la paroi abdominale. La journée est bonne.

29 juillet. Dans la nuit, la malade a été prise d'envies fréquentes d'uriner, sans qu'il y ait eu aucune émission d'urine, et de vomissements bilieux. Le ventre est devenu douloureux, surtout aux environs de la plaie.

Le matin. Les vomissements ont cessé, mais il y a des nausées. La respiration est anxieuse et précipitée, le ventre n'est pas tendu, mais il est douloureux dans le point cité, et la douleur tend à se généraliser. La peau est chaude, le pouls petit, 106 pulsations. —

Orangeade ; potion anti-émétique de Rivière ; saignée de 4 palettes ; frictions aux aisselles et dans les flancs avec de l'onguent napolitain ; cataplasme froid laudanisé sur le ventre.

Le soir, même état. Le ventre est ballonné ; les bords de la plaie prennent une teinte érysipélateuse, ils sont un peu gonflés. On relâche la suture faite à la peau, et il sort par le côté externe de l'incision du pus et de la sérosité sanguinolente. Le pouls est petit, irrégulier, il bat 124 pulsations.

Calomel..... 0,20
Sucre..... 20 grammes.

en vingt paquets, un toutes les heures ; deux vésicatoires volants à la partie externe des cuisses.

Le 30. La malade a dormi une partie de la nuit. La respiration est moins fréquente, les nausées ont cessé, le ballonnement du ventre n'a pas augmenté, la pression n'est plus douloureuse qu'au voisinage de la plaie. La teinte érysipélateuse tend à disparaître. Le pouls est encore petit, mais plus régulier. — Continuation du calomel et des frictions avec l'onguent napolitain ; orangeade ; cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Le soir, peau fraîche ; 104 pulsations. Le ventre est un peu moins tendu, indolore. La plaie donne issue à du pus bien lié. Les gencives sont rouges, douloureuses ; il y a un peu de salivation. On suspend le calomel et les frictions. — Limonade ; julep avec chlorate de potasse, 3 grammes.

Le 31. Peau bonne ; 100 pulsations. Il n'y a plus aucun symptôme du côté de l'abdomen. — Traitement *ut supra ;* bouillon.

1er août. Le mieux continue ; 95 pulsations.

Le 2, *idem*. 90 pulsations. On enlève la suture enchevillée.

Le 6. Les ligatures de l'aponévrose du grand oblique tombent, ainsi que celles de l'artère épigastrique.

Le 7. Plus des deux tiers internes de la plaie sont cicatrisés. La

stomatite mercurielle a cessé. On suspend le chlorate de potasse.

Le 10, cicatrisation complète de la plaie.

Examen de la pièce. Elle est allongée, ovoïde, un peu aplatie dans le sens antéro-postérieur, et a la forme d'un rein; elle est lisse, unie, sans bosselures. La face antérieure présente, à sa partie moyenne, une incision superficielle produite par la pointe du bistouri; la face postérieure ou péritonéale, des incisions multiples, résultant de l'inclinaison donnée au tranchant de l'instrument pour éviter la blessure du péritoine. Elle pèse 192 grammes; sa dureté est élastique. Elle est enveloppée par plusieurs couches de tissu cellulaire condensé, et des fibres musculaires disséminées à sa surface. Celles-ci sont surtout visibles aux deux extrémités du grand diamètre, où elles se groupent en faisceau.

La moitié périphérique de la tumeur est d'un blanc grisâtre, opalin; la partie centrale est rosée, et présente une infinité de petits points rouges. La surface de la coupe est sillonnée par des fibres brillantes, d'un aspect nacré, tranchant sur la teinte grisâtre et rosée; elles s'entre-croisent dans différents sens et forment des mailles de grandeur variable. Le microscope n'y révèle que du tissu fibreux.

Nous avons revu cette malade à la consultation, le 18 octobre; elle était inquiète, parce que l'intestin se présentait au niveau de la cicatrice, et y formait une tumeur molle, sonore à la percussion, volumineuse quand elle se tenait debout. M. Huguier a constaté une éventration de la paroi abdominale, avec amincissement de la peau, et lui a conseillé une pelote pour soutenir cette hernie.

D'ailleurs il n'y avait pas de récidive; mais, dans le point diamétralement opposé de la paroi abdominale, on sentait une petite tumeur dure, séparée des doigts par la peau qui glissait bien sur elle; elle était indolore, dépourvue de prolongement pédiculaire, et M. Huguier l'a regardée comme étant de même nature que celle pour laquelle la malade a été opérée.

OBSERVATION III.

Tumeur fibreuse extra-pelvienne, adhérente à l'épine iliaque antéro-supérieure par un pédicule; section de ce pédicule par la méthode sous-cutanée.

O..... (Catherine), âgée de 39 ans, cuisinière, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Huguier, le 4 mai 1860.

Elle est d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Elle n'offre pas de teinte cachectique; elle n'a jamais eu de maladies antérieures, et ne présente aucune trace de maladies syphilitiques. Elle est atteinte d'une hernie inguinale droite, qui est maintenue au moyen d'un bandage.

Réglée à 14 ans, elle n'a jamais eu aucun trouble du côté du système utérin, et elle s'est mariée à 29 ans.

A 30 ans, elle avait un premier enfant dont elle accouchait facilement; mais une hémorrhagie grave survint après l'accouchement, qui mit la malade dans une grande faiblesse, et qui la força à garder le lit deux mois environ.

A 34 ans une seconde grossesse, qui ne vint pas à terme, car à la fin du cinquième mois elle fit une fausse couche, survenue sans cause appréciable. Un médecin, appelé à cette occasion, fixa l'attention de la malade sur une tumeur de la grosseur d'une noix, siégeant dans la région iliaque gauche, et au-dessus du ligament de Fallope. L'absence de douleur dans cette tumeur, et la lenteur de son développement l'avaient fait passer inaperçue.

Au commencement d'avril de l'année 1860, cinq mois après la seconde fausse couche, des élancements que la malade compare à des coups d'épingle, plus forts avant et après les règles, augmentant sous l'influence de la marche et de la fatigue, se firent sentir dans la tumeur, et son volume, qui était resté jusque-là stationnaire, fit des progrès rapides. Du reste, le sommeil était bon, l'appétit con-

servé et les digestions faciles, et si la malade maigrit beaucoup à cette époque, comme elle nous l'a dit, c'est sans doute à cause de l'abus des purgatifs qu'elle fit sur l'ordonnance de son médecin dans le but de faire disparaître la tumeur. Enfin la malade, fatiguée de suivre un traitement qui n'amenait aucune modification dans son état, entre à l'hôpital.

État actuel. Il existe à la partie inférieure et latérale gauche de la paroi abdominale, au-dessus du ligament de Fallope, entre l'épine iliaque antéro-supérieure et la ligne blanche, une tumeur du volume d'un gros œuf de poule. La peau qui la recouvre offre une coloration normale et glisse bien sur elle. La surface de cette tumeur est arrondie, lisse au toucher, d'une dureté élastique, incolore à la pression même assez forte et peu mobile. La pression sur la peau voisine la fait refouler dans la cavité abdominale ; en passant les doigts sous son bord supérieur, on l'énuclée, pour ainsi dire, des parties profondes. Elle paraît développée dans l'épaisseur même de la paroi abdominale. Elle adhère au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure et à la face interne de l'os des iles par un pédicule gros et court ; dans ce point la pression est douloureuse.

Son extrémité libre est ovoïde, assez volumineuse, et distincte de la ligne blanche d'environ 2 centimètres. Son bord inférieur semble se confondre avec le ligament de Fallope dans ses deux tiers externes; son bord supérieur est libre et arrondi. Les mouvements imprimés à l'utérus, par le toucher vaginal, ne sont pas communiqués à cette tumeur ; elle n'est-donc pas adhérente à cet organe ni à d'autres points de l'enceinte pelvienne comme le confirme aussi le toucher rectal.

Depuis son entrée la malade prend des fondants, et comme il ne se manifeste aucune diminution dans le volume de la tumeur, M. Huguier, suivant l'exemple de M. Gosselin, se décide à en couper le pédicule le 2 juin.

Il fait au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure une incision jusqu'aux couches musculaires, à la faveur de laquelle il

introduit le bistouri falciforme à pointe mousse, et rasant le plus près possible, pour éviter la lésion du péritoine, le point d'insertion au squelette, il coupe le pédicule des parties profondes vers les parties superficielles par de petites incisions.

Il sort du sang par la plaie et en assez grande quantité, il est veineux, et fourni sans doute par la veine circonflexe iliaque.

Pansement à plat. Pas d'accidents après l'opération ni les jours suivants.

Le 15. La malade a ses règles, elles sont précédées et accompagnées de quelques douleurs dans la tumeur. La malade quitte Beaujon le 2 juillet. La tumeur paraît avoir un peu diminué, mais cela tient à ce qu'elle est plus enfoncée du côté du bassin. Le 20 juillet, elle vient à la consultation, le volume de la tumeur est le même qu'à l'époque de sa sortie, et elle est toujours le siége de quelques élancements, surtout au moment des règles.

OBSERVATION IV.

Tumeur fibreuse développée dans l'hypochondre gauche au niveau des dernières fausses côtes.

J..... (Marie), âgée de 53 ans, concierge, entre à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Gubler pour se faire soigner d'une affection rhumatismale chronique.

Réglée à 12 ans, mariée à 24 ans et demi, elle a eu trois enfants. Elle porte dans l'hypochondre gauche une tumeur du volume du poing; son grand diamètre est vertical; son extrêmité supérieure est en rapport avec la dernière fausse côte à la face interne de laquelle elle paraît adhérer par un pédicule court et aplati; son extrémité inférieure descend jusqu'à la crête de l'os des iles et paraît se prolonger aussi par un pédicule dans le voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure; son bord postérieur répond au bord libre du carré des lombes, son bord antérieur est distant de l'ombilic de

11 à 12 centimètres. Elle est arrondie, dure, non bosselée. La peau qui la recouvre est sillonnée par quelques veines. Elle est peu mobile et surtout dans le sens transversal. Elle n'a jamais été douloureuse depuis le moment de son apparition jusqu'à son entrée à l'hôpital, toutefois au niveau de son attache supérieure il y a eu dès l'origine quelques petits élancements.

Sa marche a été très-lente puisqu'il y a quatorze ans qu'a débuté l'affection à la suite d'un violent effort fait par la malade et suivi d'une espèce de craquement dans le point où elle s'est développée. Il n'y a pas de teinte cachectique, ni d'antécédents héréditaires ni syphilitiques. Toutes les fonctions s'accomplissent bien.

OBSERVATION V.

Tumeur fibreuse interstitielle de la paroi abdominale adhérente à la face interne de la troisième fausse côte gauche, en dehors du bord externe du muscle droit de l'abdomen.

Mme X..... se présente à la consultation de M. Huguier; elle est âgée de 28 ans, blonde, d'un tempérament lymphatique. Elle a eu deux enfants, le dernier il y a dix-huit mois.

Elle ne s'est aperçue de la présence de cette tumeur qu'au mois de janvier dernier. Elle ne connaît pas d'autre cause à son développement que des vomissements abondants et presque continus pendant ses deux grossesses. Cette tumeur est allongée, presque cylindrique; elle a une longueur de 5 centimètres, sur 2 de largeur environ; elle présente à l'union de son tiers supérieur, avec les deux tiers inférieurs un léger rétrécissement, et paraît comme formée par deux masses principales, dont l'inférieure est un peu plus considérable; elle n'est pas douloureuse, mais seulement gênante pour la malade quand elle met son corset.

OBSERVATION VI.

Tumeur fibreuse interstitielle de la paroi abdominale, adhérente à la face interne de la dernière fausse côte du côté gauche.

O..... (Thérèse), âgée de 33 ans, couturière, entre à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Huguier, le 15 juin 1861. Elle est bien portante, d'une taille au-dessus de la moyenne, d'un tempérament lymphatique. Elle a été réglée à 16 ans; elle s'est mariée à 19 ans et elle a eu neuf enfants, six sont venus à terme. Elle n'a jamais eu de maladies antérieures, elle n'a pas d'antécédents syphilitiques, ses parents se portent bien.

État actuel. Toute la moitié gauche de la paroi abdominale est occupée par une tumeur très-volumineuse. Son plus grand diamètre est vertical, il mesure 27 centimètres de longueur. A sa partie supérieure, la tumeur semble s'amincir et se confondre avec l'appendice xiphoïde du sternum et la face interne de la dernière fausse côte, dans une étendue de 16 centimètres. En bas elle se termine par une extrémité arrondie, qui est distante de la symphyse des pubis de 9 centimètres.

La tumeur a 21 centimètres de largeur; son bord interne dépasse un peu la ligne médiane, son bord externe en bas est distant de 8 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. La peau qui la recouvre a sa coloration normale, quelques veines rampent à sa surface. Elle n'adhère pas à la tumeur et glisse bien sur celle-ci, qui présente un étranglement à l'union de son tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. La partie située au-dessous de cet étranglement est plus volumineuse que celle qui est au-dessus; elle offre une dureté uniformément élastique, le doigt sent quelques bosselures, mais elles sont peu accusées; la pression n'y détermine aucune douleur. Elle offre une pesanteur considérable, et paraît formée par un tissu très-dense. Par en bas on peut facilement passer la

main sous sa face postérieure, et en exécutant le même mouvement du côté de ses bords, les doigts viennent à la rencontre les uns des autres, et on peut s'assurer qu'elle n'a pas d'origine profonde, et qu'elle s'est développée dans l'épaisseur de la paroi abdominale. D'ailleurs elle suit tous les mouvements exécutés par cette paroi, soit quand la malade tousse, soit quand on presse sur la peau de l'abdomen. Quand la malade se met sur son séant, elle paraît s'enfoncer vers la cavité de l'abdomen, phénomène dû sans doute à la pression exercée à sa surface par les muscles et par l'aponévrose situés au-dessus d'elle. Elle jouit d'un déplacement de latéralité assez grand. Elle n'est pas douloureuse, elle détermine seulement quelques tiraillements sur les tissus environnants. Cependant depuis quinze jours la malade éprouve vers la partie inférieure de cette tumeur, et dans un point très-limité, quelques élancements.

L'appétit est bon, les digestions se font bien, il n'y a pas de vomissements, et la malade dort bien. Il y a dix-neuf mois à peu près, elle reçut au niveau du creux épigastrique à gauche et à 2 centimètres de la dernière fausse côte un coup assez violent, néanmoins il n'y eut pas d'ecchymose dans cet endroit. Trois semaines après, survint en ce point une petite tumeur, de la grosseur d'une noix, et pendant les trois mois mois qui suivirent, elle se développa lentement. Elle avait alors le volume d'un œuf. Neuf mois après l'accident, la malade devint grosse de son neuvième enfant, et vers le septième mois de sa grossesse, la tumeur, qui était restée sationnaire, s'accrut rapidement par en bas, en même temps qu'elle gagnait les côtes. Depuis, le développement continue, et alarmée des progrès que fait la tumeur, la malade vient consulter M. Huguier. Le volume considérable de celle-ci lui fait de suite rejeter l'idée d'une opération, et il ordonne des fondants à la malade qui sort de l'hôpital sur sa demande, quelques jours après son entrée.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Comment, à l'aide du sens de la vue, jugeons-nous de la grandeur des objets, de leur distance, et de leurs mouvements?

Chimie. — Des caractères du protosulfate de fer.

Pharmacie. — Des préparations pharmaceutiques dans lesquelles on fait entrer le soufre ou les sulfures alcalins.

Histoire naturelle. — Des caractères de la tribu des corymbifères; énumération des médicaments qu'elle fournit.

Anatomie. — Des cartilages qui entrent dans la composition de tous les organes des sens.

Physiologie. — Exposer les effets physiologiques des hautes températures sur l'homme.

Pathologie interne. — De la méthode antiphlogistique.

Pathologie externe. — Des corps étrangers introduits dans le pharynx ou dans l'œsophage.

Pathologie générale. — Des phénomènes de la fièvre.

Anatomie pathologique. — Des effets locaux et généraux de la rétention de la bile par un obstacle à l'embouchure du canal cholédoque ou dans le duodénum.

Accouchements. — Des présentations de la face pendant l'accouchement.

Thérapeutique. — Comparer l'action de la morphine et de la codéine.

Médecine opératoire. — De la rhinoplastie.

Médecine légale. — De l'étude médico-légale des cicatrices.

Hygiène. — De l'allaitement maternel, des cas dans les quels il convient de l'interdire.

Vu, bon à imprimer.

GOSSELIN, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

ARTAUD.